

نحوه اداره درد کودکان توسط کادر پرستاری در بیمارستان های آموزشی شهر شهرکرد، در سال ۱۳۸۵

اعظم علوی*، محبوبه نم نباتی**، دکتر زهرا عبد یزدان***، ندا پروین†، نسرين اکبری††، دکتر وحید سمیع پور†††،
فاطمه دریس•

*مربی گروه پرستاری- دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، **مربی گروه پرستاری- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ***استادیار گروه اطفال-
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، †کارشناس ارشد پرستاری- مرکز تحقیقات گیاهان دارویی- دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ††مربی گروه پرستاری-
دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، †††دکتری دامپزشکی- دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، •مربی گروه آمار- دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد.
تاریخ دریافت: ۱۶/۵/۷ تاریخ تایید: ۱۶/۱۰/۲۰

چکیده:

زمینه و هدف: درد یک مشکل شایع بهداشتی و مهم در زندگی دوران کودکی است و یکی از شایع ترین علایمی است که کودکان در بیمارستان تجربه می کنند. تسکین درد همیشه یک بخش اساسی از نقش مراقبتی پرستاران است اما هنوز پرستاران در مدیریت درمان درد احساس ضعف می کنند. هدف از این مطالعه بررسی نحوه اداره درد کودکان در بیمارستان های آموزشی شهرکرد توسط پرستاران می باشد.
روش بررسی: در این مطالعه توصیفی- تحلیلی ۱۰۰ پرستار شاغل در بیمارستان های آموزشی درمانی شهرکرد به صورت سرشماری مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه های خود ساخته شامل چهار قسمت مشخصات دموگرافیک، سؤالات آگاهی (۲۰ سؤال) سؤالات نگرش (۲۰ سؤال) با مقیاس لیکرت ۶ تایی و چک لیست عملکرد بود. اطلاعات با استفاده از روشهای آمار توصیفی و استنباطی (آزمون t مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و همبستگی پیرسون) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.
یافته ها: یافته های پژوهش نشان داد که میانگین نمره سطح آگاهی، نگرش و سطح عملکرد پرسنل از اداره درد کودکان به ترتیب $13/09 \pm 1/9$ و $7/1 \pm 7/2$ و $8/42 \pm 2/99$ بوده و $7/3/1$ پرستاران در مورد اداره درد کودکان آگاهی متوسط، $6/9/1$ دارای نگرش خنثی و $7/1/3$ آنها سطح عملکرد متوسطی در مورد اداره درد کودکان داشتند. بین سطح عملکرد پرستاران و میزان آگاهی و نگرش آنها در مورد اداره درد کودکان ارتباط معنی داری وجود نداشت. بین میزان آموزش و نحوه نگرش پرستاران ارتباط معنی دار وجود داشت ($P < 0/05$).
نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد پرستاران در مورد اداره درد کودکان از آگاهی، نگرش و عملکرد متوسط برخوردارند و در مورد استفاده از مخدرا در درمان درد، خطر اعتیاد، درمان غیر دارویی، خطر دپرسیون تنفسی و روشهای ارزیابی درد نیاز به آگاهی بیشتر دارند.

واژه های کلیدی: اداره درد، کودکان، پرستاران.

مقدمه:

کودکان با درد نامانوس نیستند، همه نوزادان در طی اولین روزهای زندگی جهت ایمن سازی، نمونه گیری خون جهت آزمایشات غربالگری، با درد رو به رو هستند. مطالعات مشاهده ای میزان متوسط شیوع درد روزانه در میان کودکان پیش دبستانی و دبستان را در مراقبت های روزانه بین $0/41 - 0/34$ در هر ساعت برای هر کودک عنوان کرده اند (۱).
کودکان بستری در بیمارستان و هم آنهايي که به طور سرپایی ویزیت می شوند، تحت پروسیجرهای ناراحت کننده و دردناک قرار می گیرند. پروسیجرهای دردناک شامل دامنه ای وسیع از خونگیری، زدن کمتر داخل وریدی تا موارد ناراحت کننده دیگر مانند

آسپیراسیون مغز استخوان، بیوپسی، گذاشتن سوند داخل قفسه سینه و قلب می باشند (۲). امروزه، جامعه درد آمریکا (American pain society = APS) بررسی درد را بعنوان پنجمین علایم حیاتی می داند (۳).

در مورد اپیدمیولوژی درد کودکان اطلاعات اندکی وجود دارد و چنین اظهار می شود که بر خلاف درد بزرگسالان، درد کودکان دارای بازتاب اجتماعی مهمی نمی باشد (۴).

کودکان در پاسخ به درد تحریک پذیر، هیجان زده و بی قرار شده و همچنین ممکن است کابوس شبانه، اختلال خواب و غذا خوردن پیدا کنند. کودکانی که درد تسکین نیافته دارند، ممکن است احساس قربانی شدن، افسردگی، انزوا و تنهایی پیدا کنند. والدین و بستگان نزدیک کودکی که درد دارد، غالباً نسبت به سیستم های درمانی احساس بی اعتمادی و عصبانیت می کنند و به علت ناتوانی آنها در جلوگیری از درد و اینکه کاری از دستشان بر نمی آید، احساس افسردگی و گناه می کنند (۵). اداره درد یکی از حقوق مهم کودکان و یکی از اولویت های درمان است در سالهای اخیر پیشرفت های زیادی در اداره درد شده است. بدون شک توجه و علاقه به درمان درد کودکان بطور قابل توجهی در طی چند سال اخیر افزایش یافته است. همین مسئله منجر به تغییرات قابل توجهی در اعمال درمانگاهی گردید، اما هنوز نیاز به بهبود مراقبت های مربوط به درد یا درد های بالقوه کودک وجود دارد. پرستاران نقش اصلی را در درمان درد کودک دارند و این نکته که پرستاران دارای مهارت های لازم، اطلاعات و آگاهی های مورد نیاز برای به عهده گرفتن این نقش داشته باشند، بسیار حیاتی است (۶). درمان کامل درد یک امر اخلاقی است (۷).

اداره درد کودکان منوط به آگاهی و نگرش و عملکرد کادر پزشکی است که در این میان پزشکان و پرستاران نقش عمده ای را ایفا می کنند. درد و پرستاری به طور لاینفکی به یکدیگر وابسته و پرستاران نقش قاطعی در درمان درد دارند. مطالعه های بسیاری کمبود

آگاهی افراد گروه بهداشتی از تشریح و فیزیولوژی درد، بررسی درد، تفاوت درد حاد و مزمن، مداخلات دارویی و غیر دارویی را مستند کرده اند (۸). مطالعه بر روی آگاهی پزشکان و پرستاران ایتالیایی نشان داد که درد یک عنوان فراموش شده در برنامه های آموزشی است به طوری که از ۲۲۰۰۰۰ صفحه منابع اصلی (Text) دروس پزشکان فقط ۵۴ صفحه و از ۴۵۶۸۳ صفحه درس اصلی پرستاران فقط ۲۴۸ صفحه به درد اختصاص داده شده است (۹). نگرش منفی و باور نداشتن درد کودکان روی عملکرد پرستاران و پزشکان اثر می گذارد. به طور مثال دستورات پزشکان در اداره درد بعد از عمل را به صورت PRN (بر حسب نیاز) در برخی از مراکز سوختگی نشان داده است که درد بیماران به خوبی اداره نمی گردد و کمتر از ۵۰ درصد مسکن ها بر حسب نیاز (PRN) برای بیماران تجویز می شود (۱۰).

با توجه به این که علت اکثر مراجعه مددجویان به پزشک و با مراکز درمانی درد است و عدم تسکین درد می تواند عواقب ناگواری بر روی رشد جسمی و تکاملی کودکان اثرات مهمی داشته باشند و با در نظر گرفتن اینکه اداره درد منوط به داشتن آگاهی، نگرش و عملکرد مناسب است و نظرات و عملکردهای متفاوتی در این زمینه وجود دارد، بنابراین این پژوهش با هدف تعیین نحوه اداره درد کودکان توسط کادر پرستاری در بیمارستان های شهر کرد انجام گردید.

روش بررسی:

این مطالعه یک پژوهش توصیفی - تحلیلی بود که در نیمه اول سال ۱۳۸۵ انجام شد. طبق برآوردی اولیه (سرشماری) که از بخشهای مختلف (کودکان، نوزادان، شیمی درمانی و تالاسمی) و (جراحی زنان و مردان، اورژانس و فوریت ها، ENT) که در این بخش ها نیز پذیرش کودکان بخصوص جهت جراحی انجام می شد) به عمل آمد تعداد پرستاران و بهیاران مورد بررسی در این پژوهش ۱۶۰ نفر بودند که از طریق

و منهای یک انحراف معیار به عنوان متوسط یا خنثی، بالای یک انحراف معیار مثبت و پایین تر از یک انحراف معیار به عنوان منفی در نظر گرفته شد.

وجود تنها سه بخش اختصاصی مربوط به کودکان و نوزادان در شهرکرد و بستری شدن کودکان در موارد جراحی و ... در بخش های عمومی یکی از محدودیت های این مطالعه می باشد و بنابراین پژوهشگر نحوه اداره درد کودکان توسط پرستاران را در کلیه بخش های اختصاصی و عمومی که کودکان بستری می شدند را بررسی نمود. اطلاعات با استفاده از روشهای آمار توصیفی و استنباطی (آزمون t مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و همبستگی پیرسون) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها:

پرستاران در دامنه سنی ۵۱-۲۱ سال با میانگین $31/38 \pm 7/10$ سال قرار داشتند. ۸۴/۵ درصد مونث و ۶۲/۶ درصد سابقه کاری ۱۰-۱ سال داشتند. ۷۸/۱ درصد نمونه ها دارای سطح تحصیلات لیسانس و ۶۸ درصد آنها متأهل بودند. ۶۹/۳ درصد فارغ التحصیل مقاطع مختلف از دانشگاه علوم پزشکی و ۳۰/۷ درصد از دانشگاه آزاد بودند.

۶۸/۲ درصد آنها منبع دریافت اطلاعات خود را در مورد درد را کتاب، ۲۵/۹ درصد کلاس درس و ۵/۹ درصد سمینار های که شرکت داشتند، بیان کردند.

میانگین نمره سطح آگاهی پرسنل از اداره درد $13/09 \pm 1/9$ و دامنه نمرات ۷ تا ۱۷ بود. ۷۳/۱ درصد پرستاران آگاهی متوسط در مورد اداره درد کودکان داشته اند. ۱۷/۳ درصد آگاهی ضعیف و تنها ۹/۶ درصد از سطح آگاهی خوبی برخوردار بودند.

میانگین نمره نگرش پرسنل پرستاری در مورد اداره درد کودکان $76/1 \pm 7/2$ و دامنه نمرات ۵۶ تا ۹۴ بود. ۵۶ درصد پرستاران دارای نگرش خنثی در مورد اداره درد کودکان، ۱۴/۸ درصد نگرش منفی و ۱۶ درصد نگرش مثبت در مورد اداره درد کودکان داشته اند.

نمونه گیری آسان وارد مطالعه شدند. البته در پایان مطالعه تنها ۱۰۰ نمونه پرسشنامه ها را کامل و چک لیست عملکرد آنها بررسی شد. شرایط ورود به مطالعه کلیه کادر پرستاری دارای مدرک دیپلم بهیاری، فوق دیپلم، لیسانس و کارشناسی ارشد شاغل در بخش های کودکان و نوزادان بیمارستان آموزشی شهرکرد بود. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه بود که دارای چهار قسمت مشخصات دموگرافیک، چک لیست نحوه عملکرد (شامل ۲۰ گزینه)، سوالات آگاهی (شامل ۲۰ سؤال) به صورت صحیح و غلط با حداقل امتیاز ۰ تا حداکثر ۲۰ و سوالات نگرش (شامل ۲۰ سؤال) با مقیاس لیکرت ۶ تایی با حداقل امتیاز ۲۰ تا حداکثر ۱۲۰ بود. در ابتدا چک لیست نحوه عملکرد توسط پرستگرهای معتمد (یک نفر از پرسنل پرستاری بخشی که کادر پرستاری آن بخش مورد ارزیابی قرار می گرفتند و خود جز نمونه نبودند) تکمیل می گردید، تا آگاهی و نگرش نمونه ها بر عملکرد تاثیری نداشته باشد، سپس پرسشنامه مربوط به آگاهی، نگرش سه حیطه شناخت، بررسی و درمان درد را در بر می گرفت بین پرسنل که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند توزیع شد.

اعتبار علمی پرسشنامه و چک لیست از روش اعتبار محتوی تعیین گردید. پژوهشگر با مطالعه مقاله ها، مطالعه کتاب ها و پرسشنامه PNKAS (مربوط به آگاهی و نگرش پرستاران در مورد اداره درد کودکان) پرسشنامه ای تهیه نموده و سپس جهت کارشناسی در اختیار چند تن از اعضای هیئت علمی پرستاران دانشکده پرستاری اصفهان و اعضای انجمن بررسی مطالعه درد قرار گرفت و پس از دریافت نقطه نظرات و پیشنهادات، اصلاحات لازم صورت گرفت. برای تعیین پایایی از روش آزمون مجدد استفاده گردید. بعد از بررسی سوالات با آزمون مجدد، ضریب همبستگی آن ۸۳ درصد بدست آمد. پایایی درونی نیز از طریق آلفای کرونباخ ۰/۶۹ بدست آمد. جهت تعیین میزان آگاهی، نحوه نگرش، عملکرد و تعیین نقطه برش آنها با توجه به توزیع نرمال نمونه ها پس از تعیین میانگین حد به اضافه

میانگین نمرات سطح عملکرد اداره درد کودکان در پرسنل پرستاری $8/42 \pm 2/99$ و در دامنه ۰ تا ۱۲ بود. $71/3$ درصد پرستاران عملکردی متوسط در مورد اداره درد کودکان داشته اند، $14/9$ درصد از عملکرد ضعیف و $13/9$ درصد از عملکرد بالایی در مورد اداره درد کودکان برخوردار بودند.

نتایج آزمون همبستگی پرسون بین عملکرد با میزان آگاهی و نحوه نگرش ارتباط معنی داری را نشان نداد.

نتایج آزمون t مستقل نشان داد که بین میزان آموزش و نحوه نگرش پرستاران در مورد اداره درد کودکان ارتباط معنی داری وجود دارد ($P < 0/05$) به این صورت پرستارانی که چندین ساعت آموزش دیده بودند با میانگین $78/63 \pm 7/1$ در برابر آموزش در چند صفحه با میانگین $75/19 \pm 6/46$ ، در مورد اداره درد کودکان نگرش مثبت تری داشته اند.

همچنین نتایج آزمون t مستقل تفاوت معنی داری را بین وضعیت تاهل و نگرش اداره درد کودکان در پرستاران نشان داد. به نحوی که پرستاران مجرد با میانگین $79 \pm 7/14$ نسبت به متاهل با میانگین $75/01 \pm 6/89$ نگرش مثبت تری در مورد اداره درد کودکان داشته اند.

علاوه بر این نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که بین استفاده از روش های کاهش درد توسط پرستاران و نگرش آنها در مورد اداره درد کودکان تفاوت معنی داری وجود داشت ($P < 0/05$) به این صورت که پرستارانی که از روش سرگرمی با میانگین $80/35 \pm 1/95$ جهت کاهش درد استفاده می کردند از نگرش مثبت تری در مورد اداره درد کودکان نسبت به آنهایی که از هیچ روش سرگرمی جهت تسکین درد کودکان استفاده نمی کردند با میانگین $72/83 \pm 5/5$ ، بهرمنند بودند.

بحث:

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نحوه اداره درد کودکان توسط پرستاران در سه حیطه آگاهی، نگرش و

ارزشیابی متوسط می باشد و بین نحوه عملکرد و میزان آگاهی و نحوه نگرش نیز ارتباط معنی داری وجود نداشت.

در بررسی میانگین امتیازات در رابطه با سؤالات آگاهی، پایین ترین امتیازات به ترتیب مربوط به، عدم آگاهی از مفهوم اعتیاد در مصرف مخدرها ($0/26 \pm 0/44$)، عدم آگاهی در مصرف مخدرها در شیرخواران ($0/28 \pm 0/45$) و عدم آگاهی در استفاده از روش انحراف فکر در کاهش درد کودکان ($0/32 \pm 0/47$) بود.

پژوهش حسین رضایی و همکاران میزان آگاهی پرستاران در جهت تسکین درد و عملکرد پرستاران نسبت به کاربرد روشهای تسکین درد در سطح متوسط بود (۱۱) که کاملاً مشابه با نتایج مطالعه ما می باشد. تحقیق Simons و همکارانش، از طریق مصاحبه با ۲۰ پرستار شاغل در بخش های کودکان نشان داد که پرستاران آگاهی ضعیف در مورد اداره درد کودکان داشتند و این عامل یکی از مهمترین عوامل در برابر درمان موثر درد پس از عمل در کودکان بوده است (۱۲). همچنین Pogatzki و همکارانش در تحقیق خود بیان می دارند که یکی از دلایل اصلی وجود درد بعد از عمل کمبود آگاهی عمیق پرسنل در مورد پاتوفیزیولوژی و نوروفارماکولوژی درد بعد از عمل می باشد (۱۳).

در بررسی میانگین امتیازات در رابطه با سؤالات نگرش، پایین ترین امتیازات به ترتیب مربوط به، نگرش منفی در مورد استفاده از مخدرها در کودکان و ترس از خطر دپرسیون تنفسی ($2/16 \pm 0/97$)، نگرش منفی بر اینکه شیرخواران درد را به خاطر نمی آورند ($2/39 \pm 1/44$) بود. پژوهش Salentera بر روی ۸۵ فارغ التحصیل رشته پرستاری نشان داد که ۸۶ درصد آنها نگرش مثبت در مورد درد کودکان داشته اند، اما آگاهی بخصوص در زمینه درمان و ارزیابی درد ضعیف بوده است (۱۴). تحقیق Plaisance نشان داد که ۶۴ درصد پرستاران آگاهی و نگرش ضعیفی در درمان استاندارد درد دارند (۱۵). در بررسی میانگین امتیازات در رابطه با نحوه

استفاده از اپیوئیدها، خطر اعتیاد، آشنایی با روشهای غیر دارویی اداره درد، درمان درد رویه های درمانی مانند LP، BM، درد پس از جراحی، درد سوختگی و ... پیشنهاد می گردد. علاوه بر آن به بیمارستان ها توصیه می شود درد را به عنوان علامت پنجم حیاتی در بیماران بخصوص کودکان در نظر بگیرند و مقیاس سنجش مناسبی از درد کودکان را انتخاب، به پرستاران آموزش و درد را در پرونده بیمار ثبت کنند.

نتیجه گیری:

این مطالعه اهمیت بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران را در مورد اداره درد کودکان مشخص می کند و نشان می دهد پرستاران نیاز به آگاهی بیشتر در مورد استفاده از مخدرها در درمان درد، خطر اعتیاد، درمان غیر دارویی، خطر دپرسیون تنفسی و روشهای ارزیابی درد دارند.

تشکر و قدردانی:

بر خود لازم می دانیم از زحمات معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، جهت تامین بودجه اجرای این پروژه، از کلیه اعضای محترم کمیته تحقیقات پرستاری و پرستاران پرسشگر که صمیمانه با اینجانبان همکاری داشتند و پرسنل پرستاری محترم بیمارستان های آموزشی شهرستان شهرکرد جهت همکاری های صمیمانه، قدردانی کنیم.

عملکرد، پایین ترین امتیازات به ترتیب مربوط به، عدم استفاده از روشهای ارزیابی درد ($0/05 \pm 0/23$)، عدم استفاده از ضد دردها قبل از پروسیجرهایی مانند LP (Lumbar puncture)، BM (Bone marreun) و... ($0/05 \pm 0/24$) بود.

یافته های تحقیق Ozer و همکارانش نشان داد که اکثر پرستاران آگاهی ناکافی در مورد بررسی و درمان درد داشتند و همچنین در زمینه عملکرد نشان دادند که $47/4$ درصد پرستاران رفتار بیماران را برای تعیین شدت درد بیماران مشاهده نمی کردند و $74/5$ درصد آنها روشهای ارزیابی درد را بکار نمی بردند (16).

Vincent و همکارانش در پژوهشی با عنوان آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران در مورد درد کودکان بر روی 67 پرستار نشان دادند که اکثریت پرستاران آگاهی و نگرش مثبت در مورد کاهش درد کودکان داشتند و آنها مهمترین عامل و مانع در برابر عملکرد عدم تسکین درد کودکان را عدم تجویز داروی مسکن و ناکافی بودن تجویز از سوی پزشکان عنوان کردند (17).

آگاهی، نگرش و عملکرد متوسط پرستاران در اداره درد کودکان نشان دهنده عدم آرایه اطلاعات و آموزش کافی به آنهاست و جهت اداره درد بهتر کودکان بستری در بیمارستان، برنامه های آموزش کوتاه مدت و بلند مدت پرستاران در مورد مفهوم درد، روشهای ارزیابی درد، درمان دارویی درد، خطرات

منابع:

1. Strong J, Unruh A. Pain: a textbook for therapists. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2002. p: 100.
2. Whetshell MV, Coffin DA, Lizardo LM. Pediatric nursing. New York: McGraw Hill; 2000. p: 147.
3. Schulte EB, Price DI, Gwin GF. Pediatric nursing (An Introduction Text). Philadelphia: Saunders; 2001. p: 38.
4. Elahi F. Chronic pain (Nature, Treatment, Experience). Tehran: Tabie Pub; 2001. p: 114.
5. Delpishe A. Relaxation care and method of pain relief in cancerous children. Tehran: WHO Pub; 2000. p: 9.
6. Thomas NU. Pain: its nature and management. London: Baillie Tindall; 1999. p: 152.

7. Bowden VR, Greenberg CS. Pediatric nursing procedures. Philadelphia: Lippincott; 2003. p: 52.
8. Hochekenberry MJ, Wilson D, Winkekstein ML. Wong's essentials of pediatric nursing. 7th ed. St Louis: Mosby. 2005. p: 667.
9. Ball J, Bindler R. Pediatric nursing care. 2nd ed. Appleton and Lange; 1999. p: 272.
10. Choiniere M, Burn pain. Clinical updates. IASP. 2001; 9(1): 1-4.
11. Hossein Rezaei H, Abbaszadeh A. [Study of the level of application of nursing methods of pain relief in hospitals. Journal of Shahid Sadoughi, Univ Med Sci. 2002; 3(10): 16-20.] Persian
12. Simons J, Roberson E. Poor communication and knowledge deficits: obstacles to effective management of children's postoperative pain. J Adv Nurs. 2002; 40(1): 78-86.
13. Pogatzki EM, Zahan PK, Brennan TJ. Postoperative pain clinical implications of basic research. J Best Practice Clin Anesthesiol. 2007; 21(1): 3-13.
14. Salentera S, Lauri S. Nursing student's knowledge of and views about children in pain. J Nurse Educ Today. 2000; 20(7): 537-47.
15. Plaisance L, Logan C. Nursing student's knowledge and attitudes regarding pain. J Pain Management. 2006; 7(4): 167-75.
16. Ozer S, Akyurek B, Basbakkal Z. Intervention of nurses' pain related knowledge, attitude and clinical decision making skills. J Agri. 2006; 18(4): 36-43.
17. Vincent V. Nurses knowledge, attitude and practices: regarding children's pain. J MCN. 2005; 30(3): 177-83.